

Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО)  
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)**

1. Ф.И.О.

2. Место работы:

2.1. Организация (предприятие)

2.2. Цех, участок

3. Профессия (должность) (в настоящее время) \_\_\_\_\_

Вредный производственный фактор, наименование вида работ по приложению № 1

Управление тракторами и самоходными машинами

профессия по приложению № 2 27.13;27.14

4. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): не выявлены, /выявлены медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, указанными в п. 3, заключение не дано (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись работника) (Ф.И.О. освидетельствуемого)

М.П. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)